



Landratsamt Oberallgäu  
SG 41.1 – Sozialamt  
Oberallgäuer Platz 2  
87527 Sonthofen

Antrag ausgegeben am

Eingangsstempel

## Antrag Sozialleistungen - Ukraine -

Zur Überprüfung Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse werden Sie gebeten, nachstehende Erklärung abzugeben. Bitte vergessen Sie nicht, dass die Richtigkeit der Angaben durch Unterschrift der jeweiligen Person oder des gesetzlichen Vertreters zu bestätigen ist. Ihrer Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I. Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

### 1.) Persönliche Angaben

	Antragsteller	Ehepartner / Lebenspartner
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		

Aufenthaltstitel	Ausgestellt am ____ . ____ . ____ Gültig bis ____ . ____ . ____	Ausgestellt am ____ . ____ . ____ Gültig bis ____ . ____ . ____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Seit wann besteht der genannte Familienstand?		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____
Besteht eine Betreuung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Betreuer:		
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Benötigen Sie eine spezielle, kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wahl der Krankenkasse*		
<p>*Die gewählte Krankenversicherung ist ausschließlich für das Inland (Deutschland). Die Gewährung von Leistungen nach dem 5.Kapitel SGB XII (Hilfe zur Gesundheit) an Personen, die sich im Ausland aufhalten, ist nicht möglich. Die Krankenversorgung bei Auslandsaufenthalten ist anderweitig sicherzustellen (z.B. private Auslandsrankenversicherung) und stellt keine Leistung nach § 32 oder §§ 47 ff. SGB XII dar. Eine Einkommensbereinigung in Höhe des Beitrages für eine Auslandsrankenversicherung kann gemäß § 82 SGB XII nicht übernommen werden.</p>		

## 2.) Familienverhältnisse (weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Staatsangehörigkeit				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft
Verhältnis zum Antragsteller				

### 3.) Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder & Eltern des Antragstellers)

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Name, Vorname	Beruf	Verfügen Ihre Kinder über ein erhebliches Einkommen (100.000 € jährlich)?
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leben Ihre Eltern noch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Name, Vorname	Beruf	Verfügen Ihre Eltern über ein erhebliches Einkommen (100.000 € jährlich)?
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

### 4.) Waren Sie in den letzten 12 Monaten ...

	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
...im Krankenhaus, in der Reha oder in Kurzzeitpflege?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Von _____ bis _____
...im Ausland?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Von _____ bis _____

### 5.) Kosten der Unterkunft

Gemeinschaftsunterkunft	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Miete</b>		
Gesamtanzahl der Bewohner	_____ Personen	
Kaltmiete		EUR
Betriebskosten		EUR
Heizkosten		EUR
Warmwasserbereitung erfolgt	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral (= Boiler)	

## 6.) Einkommen

	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
Auf welche Art wurde die ukrainische Rente bezogen	<input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Konto	<input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Konto
Höhe der ukrainischen Rente:		
Sind Sie Erwerbstätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges Einkommen:		

## 7.) Vom Einkommen evtl. absetzbare Beiträge in EUR

	Antragsteller		Ehepartner/Lebenspartner	
Hausratsversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Glasversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Kfz-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
VdK-Beitrag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich
Sonstige Versicherung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____ € <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Quartal <input type="checkbox"/> monatlich

### 8.) Erklärung über die Vermögensverhältnisse

Ich/Wir haben folgende Vermögenswerte:	Antragsteller	Ehepartner/Lebenspartner
Deutsches Konto	Stand: _____ EUR	Stand: _____ EUR
ukrainisches Konto	Stand: _____ EUR	Stand: _____ EUR
Bargeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stand: _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stand: _____ EUR
Sparguthaben	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stand: _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stand: _____ EUR
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stand: _____ EUR	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stand: _____ EUR
Haben Sie Haus- und Grundbesitz im In- oder Ausland?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Lage der Immobilie:		
Wert der Immobilie:		
Sind Sie Eigentümer eines Autos?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verkaufswert des Autos:		

### 9.) Antragsangaben

Hat sich gegenüber des letzten Antrags Änderungen ergeben?	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>
Wenn Ja: Bitte die Änderungen aufführen		

**10.) Bitte reichen Sie uns die nachstehenden Unterlagen vollständig ein**

Dokument	Habe ich bereits eingereicht	Liegt anbei	Trifft auf mich/uns <b>nicht</b> zu
Kopie des Aufenthaltstitels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der Meldebescheinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Mietvertrages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Schwerbehindertenausweises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Betreuerausweises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Mutterpasses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der aktuellen Versicherungspolice <i>aller</i> Versicherungen (Hausrat, Haftpflicht, Kfz-Haftpflicht, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie des Kontoauszuges, auf welchem die Abbuchung der Versicherung (Hausrat, Haftpflicht, Kfz-Haftpflicht, etc.) ersichtlich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der Kontoauszüge, auf welchem die ukrainischen Rentenzahlungen ersichtlich sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopien der kompletten lückenlosen Kontoauszüge der letzten 3 Monate <i>aller</i> Konten (deutsch und ukrainisch) <i>Bitte beachte Sie, dass die Kontoauszüge vollständig lesbar sind. Umsatzübersichten sind getrennt nach Monaten mit den jeweiligen Anfangs- und Endkontostände vorzulegen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11.) Bankverbindung**

Die evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich auf folgendes Konto zu zahlen:	
Name, Vorname des Kontoinhabers	
Name des Geldinstitutes	
IBAN	_____
BIC	_____

**12.) Erklärung des Antragstellers und seines Ehegatten / Lebenspartner**

Den Fragebogen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zur zweiten Person habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde, ansonsten hat diese Person ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt. Wenn und solange ich Grundsicherungsleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommen-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse, Geldzuflüsse) sowie der Verhältnisse über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift Ehegatten